Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität BASEL
Vorsteher: Prof. Dr. John E. STÆHELIN

Die Kriminalität der in der Basler psychiatrischen Klinik behandelten Paralytiker u. deren Entstehungsbedingungen

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der
hohen medizinischen Fakultät der
Universität Basel

vorgelegt von:

ALFRED GOLDSTEIN
aus KOLOMEA (Polen)

1939. - Imprimerie J. ILTGEN - 2, rue du Parc, MULHOUSE

Von der medizinischen Fakultät genehmigt
auf Antrag von

Prof. Dr. J. E. STÆHELIN

Tag der Promotion: 27. IV. 1939.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität BASEL
Vorsteher: Prof. Dr. J. E. STÆHELIN

Wenn man die Beziehungen zwischen progressiver Paralyse und Kriminalität untersuchen will, so ist zunächst das paralytische Zustandsbild darauf hin zu erforschen, ob diese Krankheit die Entstehung oder das Wiederauftreten verbrecherischer Handlungen erfahrungsgemäss bedingt oder begünstigt. Diese Frage hat im Anschluss an die Einführung der Fiebertherapie und deren Erfolge eine gewisse forensische Bedeutung gewonnen, nämlich als es sich darum handelte, die Zurechnungsfähigkeit bei erfolgreich behandelten Paralytikern zu untersuchen. Darauf wird diese Arbeit noch am Schluss der Untersuchung zurückkommen. Das klinische Bild der progressiven Paralyse ist ausserordentlich vielfältig; dieses erklärt sich aus der ausgedehnten Zerstörung des Gehirns, die mehr oder weniger schleichend vor sich geht. Je nach den primären Angriffspunkten des Krankheitsprozesses und nach dem Stadium, in welchem der Patient zur Beobachtung gelangt, zeigen sich nun die verschiedensten Aspekte. Körperliche und psychische Symptomenkomplexe beherrschen in gleicher Weise das Bild. Uns interessieren hier nur die letzteren. Es sind dies Gedächtnisschwäche, Urteilsschwäche, Affekt- und Willensstörungen und alle jene anderen exogenen Reaktionsformen, die sich bei den organischen Psychosen nachweisen lassen. Im weiteren Verlauf kommt es bei Nichtbehandlung zu einer totalen Demenz und schliesslich zum Exitus. Wichtig ist, dass wir es meistens nicht mit einer vollkommenen psychischen Unformung des Individums zu tun haben, sondern mit einem Persönlichkeitsschwund, bedingt durch Verminderung und im weiteren Verlauf Wegfall der vorher existierenden höheren psychischen, speziell der intellektuellen Qualitäten. Die Mannigfaltigkeit des klinischen Bildes hat also u. a. ihre Ursache in der Vielfalt

der prämorbiden Persönlichkeiten. Kraepelin hat die Besonderheit der Veranlagung und erblichen Belastung vor allem unter dem Gesichtspunkt der Paralyseentstehung geprüft; aber auch beim Vergleich von Zustandsbild mit prämorbiden Persönlichkeitseigenschaften gewinnt er den Eindruck, dass die Persönlichkeit in der Gestaltung des späteren Krankheitsbildes zum Ausdruck komme. **Diese Beobachtung wird durch die Tatsache bestätigt, dass alle den Gegenstand unserer Untersuchung bildenden kriminellen Paralytiker schon vor Ausbruch der Paralyse kriminell waren.** Als kriminell werden hier diejenigen Persönlichkeiten bezeichnet, die irgend wann einmal mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen sind, sei es, dass die verbrecherischen Triebe an sich zu stark oder dass die intellektuellen und affektiven Hemmungen zu schwach waren. So ist es verständlich, dass Urteilsschwäche und Enthemmung der Affekte und Triebe, wie sie oft bei Beginn einer progressiven Paralyse beobachtet werden, Anlass zu den verschiedensten Delikten geben können. Andererseits vermeidet der oft feststellbare Mangel an Initiative und die Apathie, die sich bei manchen Paralytikern im Verlauf der Krankheit einzustellen pflegen, bei vielen Kranken die Auswirkung jener oben erwähnten, Delikte begünstigenden Symptome. Gleichwohl fällt auf, wie selten die Paralytiker solche Delikte begehen, die nicht zu den gewöhnlichen Polizeivergehen gehören. Die Tatsache, dass die paralytische Psyche im Wesentlichen ein defektes Abbild der prämorbiden Persönlichkeit ist, erklärt am ehesten erstens die **Seltenheit** solcher kriminellen Handlungen und zweitens die **Art** der im Krankeitsverlauf begangenen Delikte. «Es fehlen die schweren Verbrechen, wegen Herabsetzung der Initiative und Energie. Typisch paralytische Delikte sind: Betrügerischer Bankrott, Urkundenfälschung, Diebstähle, Exhibitionismus, schwächliche Sexualdelikte, Beleidigung u. Körperverletzung,» schreibt Hoche. Der Prozentsatz der unbehandelten paralytischen Kriminellen ist sehr gering, noch geringer ist jener der fieberbehandelten Patienten. Alexander und Nyssen fanden unter 164 behandelten Patienten 2 kriminelle, Salinger unter 400 keinen einzigen und Jossmann unter 2200 Fällen der Stadt Berlin, einer Weltstadt mit ziemlich hoher Kriminalität, nur 8. Leider ist in den betreffenden Publikationen nicht erwähnt, um welche Art der Remissionen es sich bei diesen Fällen handelte, und ob

die betreffenden Patienten schon im vorparalytischen Stadium kriminell waren. Denn nach den Erfahrungen der Basler Psychiatrischen Klinik «Friedmatt» waren erstens, wie schon gesagt, alle kriminellen Paralytiker im prämorbiden Stadium kriminell, und zweitens war der Erfolg der Fiebertherapie gerade bei diesen Patienten ein ganz geringer. Darauf werde ich noch bei der speziellen Analyse unseres Materials zu sprechen kommen.

In der Literatur werden Ausnahmen unter den paralytischen Delikten beschrieben. So berichtet Bostroem im Handbuch von Bumke über folgenden Fall:

> Ein 31 jähriger Paralytiker, der früher schon mehrfach wegen Diebstahls, Betrugs, Wechselfälschung usw. vorbestraft war und sich bis in die letzte Zeit als geschickter «Fassadenkletterer» betätigt hatte, bot in der Klinik zunächst ein Bild, das an hysterische Mechanismen, insbesondere Pseudodemenz erinnerte. Da aber alle Reaktionen für Paralyse sprachen, wurde eine solche angenommen, und im Laufe der Zeit entwickelten sich eine Reihe von typischen Grössenideen und andern sichern Kennzeichen einer Paralyse. Der Kranke wurde transferiert und scheint dann aus der Anstalt entsprungen zu sein; jedenfalls finden wir ihn dann später in seiner norddeutschen Heimat wieder, wo er wegen Einbruchdiebstahls verhaftet worden war. Wie ich dem Berichte der dortigen Irrenanstalt entnehme, scheint er auch hier wieder im wesentlichen hysterische Symptome geboten zu haben. Dass aber eine Paralyse vorliegt, wurde auch dort nicht bezweifelt. Bemerkenswert ist bei dieser Persönlichkeit, die trotz der Paralyse vorhandene Aktivität, die Energie und Schläue, mit der er seine Verbrechen ausführte.

Wesentlich ist an dieser Krankengeschichte, dass der betreffende Patient schon vor der Erkrankung kriminell war. Die «Friedmatt» verfügt über einen ähnlich gelagerten Fall, den ich später noch anführen werde. Ausserdem wird nach E. Bleuler bei einem psychopathisch veranlagten Kranken die progressive Paralyse unter Umständen früher erkannt, da mit der allgemeinen Enthemmung sich die paralytischen Eigentümlichkeiten deutlicher zeigen und den Patienten in seiner Umgebung unmöglich machen.

Ueber einen andern Ausnahmefall berichten Vermeylen und Verväck unter dem Titel: «Mord eines malariabehandelten Paralytikers»: Ein 57 jähriger defektgeheilter dementer Paralytiker ermordet ein Jahr nach beendeter Therapie seine Frau mit dem Rasiermesser und macht Suicidversuch. Blut und Liquor waren in diesem Fall negativ. Als Motiv machte der Betreffende Kriegsfurcht geltend. Leider ist von den Autoren nicht angegeben, ob der Betreffende konstitutionell aggresiv oder depressiv war und seine Tat in einem Zustand von paralytischer Urteilsschwäche und Enthemmung beging.

Nach diesen einleitenden Erörterungen soll an Hand des Materials der «Friedmatt» die Frage des Zusammenhanges zwischen Paralyse und Kriminalität untersucht werden. Um diesen Zusammenhang sicherzustellen, müssen gewisse Bedingungen erfüllt sein:

1. Das Delikt muss von einem Menschen begangen worden sein, bei dem eine Paralyse sicher diagnostiziert werden konnte.
2. Das Delikt muss seiner Art nach im Gegensatz zur prämorbiden Persönlichkeit des Täters stehen.
3. Exogene Faktoren wie Alkoholismus, Milieuschäden usw., die ein Delikt begünstigen können, dürfen nicht vorhanden sein.
4. Die Art des Deliktes muss sich aus dem psychopathologischen Befund erklären lassen.
5. Erbliche Belastung mit zu Kriminalität führenden psychischen Störungen muss ausgeschlossen werden können.

Erst wenn alle diese Bedingungen erfüllt sind, kann man für das Verbrechen eines Paralytikers die Paralyse in vollem Umfang verantwortlich machen. Um es vorweg zu nehmen, bei keinem der in der Literatur beschriebenen und der eigenen untersuchten Fällen waren diese Bedingungen restlos erfüllt.

Die Untersuchung des Materials der «Friedmatt» ergab unter 172 fieberbehandelten Fällen 6 Patienten, die im Initialstadium der Krankheit kriminell wurden, und einen, bei dem zur fraglichen Zeit nicht mit Gewissheit eine Paralyse angenommen werden konnte. **Alle diese Patienten waren schon im prämorbiden Stadium kriminell.**

In **Fall 1** handelt es sich um einen Kaufmann, dessen progressive Paralyse im Jahre 1927 diagnostiziert wurde. Seine vorparalytischen Delikte gehen bis auf das Jahr 1919 zurück. Es ist keine Frage, dass in diesem Zeitpunkt die Paralyse noch nicht bestand. Im Jahre 1919 wurde er wegen Wuchers, und noch im selben Jahre wegen Unterschlagung verurteilt. Im Jahr 1926 beging er eine Erpressung, die durch ihre Unsinnigkeit im klassischem Sinn als typisch paralytisch bezeichnet werden muss; desgleichen im Jahre 1927 einen Betrug, der in seiner Unüberlegtheit stark demente Züge aufwies. Es bestand eine expansive Form der progressiven Paralyse. Der Patient wurde der Fiebertherapie unterzogen; sein Zustand besserte sich, doch blieb er auch ferner enthemmt, dement-euphorisch, was zu seiner Entmündigung Anlass gab. Er ist bis heute in der Anstalt, da er bei jedem Entlassungsversuch neue, ihm nicht mehr erlaubte, Geschäfte anfängt. Alkoholmissbrauch und erbliche Belastung konnten bei ihm nicht festgestellt werden.

Der Patient wurde wegen der bestehenden Paralyse für die im Jahre 1926 und 1927 begangenen Delikte nicht bestraft. E ist jedoch auffällig, dass diese Vergehen in ihrer Tendenz mit denen im prämorbiden Stadium begangenen übereinstimmen. Nur die Ausführung der paralytischen Delikte war eine andere; doch dieselbe Triebfeder, die die vorparalytischen Vergehen auslöste, ist in den paralytischen Delikten erkennbar. Der einzige Unterschied bestand in der Untauglichkeit der Mittel, mit welchen diese ausgeführt wurden.

Fall 2 kam zum ersten Mal im Jahr 1925 in der «Friedmatt» zur Beobachtung. Er wurde, bei bestehender Lues, als ein haltloser, ethisch defekter Psychopath und Trinker betrachtet. Bis zu diesem Zeitpunkt bestand eine Vorstrafenkette, bis ins Jahr 1909 reichend. Trunkenheit, Skandal, Unterschlagung und Arbeitsscheu hielten sich in gleicher Weise die Waage. 1928 erschien er dann zum zweiten Mal bei uns; kurz vorher erfolgte eine bedingte Verurteilung wegen Heiratsschwindels. Dieses Mal konnte eine seit 1 ½ Jahren bestehende progrossive Paralyse diagnostiziert werden. Es wurde die Fieber-Therapie angewendet, und Patient trat im selben Jahr als gebessert aus. Jedoch

beherrschte sein asoziales Verhalten immer mehr das Bild. Er stand im ständigen Konflikt mit den öffentlichen Institutionen. Bis zu dem Jahre 1927 war er im ganzen 8 Mal als Patient und Zwangsversorgter in der Anstalt. Er ist jetzt ständig interniert. Von seiner verschlagenen Art, obwohl er gewisse demente Züge aufweist, gibt folgendes Delikt Zeugnis: Patient benutzte einen Ausgang, um auf eine Heiratsofferte hin vorzusprechen. Er verstand es, der betreffenden Frau unter dem Vorwand, dass er für jemand Bürgschaft geleistet habe und nun für ihn zahlen müsse, Fr. 30.— herauszulocken. Ferner entlockte er der Frau eine goldene Uhr und einen Ehering mit der Angabe, diese dem Juwelier zur Reparatur zu bringen. Mit dem Geld und den Wertsachen begab er sich in die Umgebung Basels und mietete ein Zimmer in einer Pension. Der Pensionsinbaberin konnte der Patient vormachen, dass die Wertgegenstände durch seine aufgehobene Verlobung wieder an ihn gelangt seien. Er brauche nun aber dringend Geld, um die Familie eines verstorbenen Freundes unterstützen zu können. Die Pensionsinhaberin kaufte dann auch die Damenuhr und den Ehering in gutem Glauben ab.

Trotz deutlicher Demenz (Patient wurde schon im Jahre 1923 laut gerichtsärztlichem Zeugnis als schwachsinniger Schwätzer bezeichnet), und trotz der hinzugekommenen Paralyse zeigt dieser Fall, wie weit die kriminelle Instinktsicherheit bei Begehung der geschilderten Delikte gehen kann. Noch undurchsichtiger und verschlagener sind Delikt und Verhalten des **Falles 3:**

Dieser Patient kam im September 1937 wegen Suicidversuches aus der Untersuchungshaft in die «Friedmatt». Es handelte sich um ein aus guter sizilianischer Familie stammendes Individuum. Schon von früher Jugend an war Patient das Sorgenkind seiner Eltern, der Typ des «geborenen Verbrechers». Aus seinem Vorstrafenverzeichnis erfahren wir, dass er im Jahre 1922 wegen Veruntreuung und Fälschung, in den Jahren 1933 und 1934 wegen Ausstellung von Checks ohne Deckung verurteilt war. Das Vergehen, auf Grund dessen er jetzt in Untersuchungshaft war, beging Patient im Jahre 1936, also ein Jahr vor Diagnostizierung seiner Paralyse, und zwar lag folgender Tatbestand vor:

Patient vereinbarte mit einem Landsmann in Basel die Verwertung eines Waggons italienischer Zitronen, die wegen der zu jener Zeit bestehenden Sanktionen nicht verkauft werden konnten. Patient war Zeuge, als sein Landsmann auf einer Bank 1200 Dollars einzahlte. Es gelang ihm nun, den Herkunftsort der Zitronen zu verschleiern; er lagerte dieselben bei einem Spediteur in Antwerpen ein. Nachdem dieses geglückt war, hatte scheinbar sein «Geschäftsfreund» die Absicht, ihn um den verdienten Beuteanteil zu bringen. Darauf schrieb der Patient an die hiesige Bank, man möge ihm vom Konto seines Freundes 600 Dollars ausbezahlen, unb fälschte die Unterschrift seines Komplizen. Die Bank überwies auch die Summe nach Antwerpen. Als nun der «Geschäftsfreund» das erfuhr, erstattete er die Anzeige, und unser Patient wurde im August 1937 dem hiesigen Gericht überwiesen. Er leugnete nun, die Unterschrift gefälscht zu haben und behauptete, dass sein Freund ihm eine Blankounterschrift gegeben habe für den Fall, dass er eine Vollmacht bei der Durchführung der Zitronenschiebung brauche. Es handelte sich aber eindeutig um eine gefälschte Unterschrift, wie der Sachverständige feststellte, und zwar stammte die Fälschung höchstwahrscheinlich vom Patienten selbst.

Es wurde bei ihm eine progressive Paralyse diagnostiziert, die bereits zu einer gewissen Demenz geführt hatte. Der Patient wurde dann auch verurteilt, weil laut Gutachten eindeutig feststand, dass der paralytische Faktor sehr wenig oder überhaupt nicht bei Begehung seines Deliktes in Betracht kam. Ueber das weitere Schicksal des Patienten, der einer Fieberkur unterzogen wurde, ist vorläufig nichts bekannt geworden.

Auf den ersten Blick hin erscheint die Art des Deliktes (Unterschriftsfälschung) als ein typisch paralytisches. Wenn wir nichts von dem Vorleben des Deliquenten gewusst hätten, hätten wir trotz der raffinierten Ausführung höchstwahrscheinlich die Paralyse verantwortlich gemacht, über deren Beginn nichts näheres erfahren werden konnte. Bemerkenswert ist ferner, dass Herkunft, Erziehung oder Alkohol auf keinen Fall die Kriminalität des Patienten erklären können. Auch soziale Umstände kamen nicht in Frage, weil seine gutsituierte Familie ihm oft genug

Gelegenheit geboten hat, sein Brot im Rahmen der bürgerlichen Gesetze zu verdienen. Den einzigen Anhaltspunkt für die Wurzel seiner Kriminalität bietet uns die sexuelle Hemmungslosigkeit des Patienten. Es liess sich immer mit Frauen ein, die es verstanden, seine Willensschwäche auszunutzen.

Der **Fall 4** zeigt uns einen Patienten, bei dem es schwer ist zu entscheiden, ob der Alkohol oder die progressive Paralyse für die Delikte verantwortlich zu machen sind. Acht Jahre vor Einweisung in die Anstalt wurde der Patient wegen «gewaltsamen Angriffs auf die Schamhaftigkeit» verurteilt. Dieses Delikt dürfte unter dem Einfluss des Alhohols verübt worden sein. Interessant ist das Vergehen, welches zu seiner Einweisung führte: Anlässlich einer Diebstahlsanzeige, die der Betreffende machte, stahl er einem aus der Haft gerade entlassenen Individuum auf dem Polizeiposten Portemonnaie, Zigaretten und zwei Taschenspiegel. Es stellte sich dann auch heraus, dass die erwähnte Anzeige eine Mystifikation war. Das Verhalten des Patienten war derartig widerspruchsvoll, dass er dem Gerichtsarzt zur Untersuchung überwiesen wurde. Auch seine Umgebung hielt ihn nicht für normal. Einige Zeit vor erwähntem Diebstahl entwendete er ganz unsinnigerweise seinen Wirtsleuten einen Mantel, den diese ihm mit Gewalt vom Leibe ziehen mussten. Interessant ist in der Verantwortung die Aussage: «Wie das passiert ist, kann ich mit bestem Willen nicht sagen.» Auf die Frage, ob er wissentlich die Gegenstände an sich genommen habe, antwortete er: «Ja, ich gebe es zn, ich hatte eine schwache Stunde.»

Der Gerichtsarzt diagnostizierte eine akute Psychose auf alkoholischer Basis. Es bestand ausserdem eine progressive Paralyse (expansive Form). Der Patient wurde nach der Fiebertherapie in ungebessertem Zustand nach Deutschland überwiesen, wo er später starb.

Auch in diesem Fall ist es höchst unwahrscheinlich, dass nur die Paralyse für die unsinnigen Delikte verantwortlich zu machen ist. Der Patient war ein chronischer Alkoholiker und zudem offenbar psychopathisch veranlagt.

Auch bei **Fall 5** war der Kranke vor seiner Paralyse kriminell. Er ist gekennzeichnet durch die Unfähigkeit, sich den Gesetzesnormen anzupassen. Desertion, Passvergehen, Militärdienstverletzung, militärischer Ungehorsam, Skandale, Landstreicherei und Dienstverweigerung figurieren im Vorstrafenverzeichnis von 1918 bis 1930. 1933 kam Patient wegen Bettelei, Diebstahls und Auffälligkeit zur gerichtsärztlichen Untersuchung. Der Gerichtsarzt stellte krankhafte religiöse Wahnvorstellungen als Ausdruck einer chronischen Geistesstörung fest. In der «Friedmatt» wurde dann eine dement-euphorische progressive Paralyse diagnostiziert. Alkoholismus lag aller Wahrscheinlichkeit nach nicht vor. Hingegen spielte sicherlich eine gewisse erbliche Belastung eine Rolle: ein Bruder war ein Trunkenbold und hatte Anfälle in der Schule. Ein anderer Bruder war debil und indifferenziert. Die Therapie brachte den paralytischen Prozess zum Stillstand. Jedoch ist Patient seither interniert.

Das Diebstahlsdelikt des Patienten hat sicher seine Ursache in der von Haus aus bestehenden Triebhaftigkeit, Willens- und Urteilsschwäche. Jedenfalls spielt auch hier der paralytische Prozess, wenn überhaupt, eine ganz untergeordnete Rolle.

Im **Fall 6** steht wieder im Vordergrund des Krankheitsbildes der chronische Alkoholismus. Patient war beim Eintritt physisch und psyschisch heruntergekommen. Er war 9 Jahre vor der Einlieferung in die Anstalt wegen Beschimpfung und Trunkenheit bestraft worden. Patient war absolut desorientiert, vollständig gedächtnis- und urteilsschwach. Es bestand also eine schwere Demenz, wahrscheinlich auf primär alkoholischer Grundlage. Die paralytische Komponente kann sicherlich wegen des jahrzehntelangen Alkoholmissbrauchs erst in zweiter Linie in Frage kommen. Patient entwickelte sodann in der Anstalt eine Stehlsucht, wie sie Demente mit Sammeltrieb aufzuweisen pflegen. Er stahl, was immer in seine Hände kam: Esswaren, Löffel, Teller, Taschentücher etc. Ausserdem war eine deutliche sexuelle Enthemmung festzustellen; er onanierte mehr oder weniger coram publico. Patient starb dann kurz nach den Fieberanfällen an einer Infektion, da es wegen seiner Demenz nicht möglich gewesen war, ihn sauber zu halten.

Wenn man von der alkoholischen Komponente des beschriebenen Falles absehen könnte, und wir eine ganz oder vorwiegend paralytisch bedingte Demenz annehmen wollten, so wären diese Diebstähle, die natürlich nie Gegenstand einer Strafuntersuchung darstellten, ein klassisches Beispiel für die sogenannten paralytischen Delikte. Wir haben es hier mit einem Fall zu tun, der ein Beleg für die Annahme ist, dass eine Kriminalität, basierend auf der progressiven Paralyse, nur durch stärkste Betonnung der nach Hoche benannten Achsensymptome möglich ist.

Als Uebergang zu den folgenden Fällen möchte ich noch den **Fall 7** anführen. Patient wurde im Jahre 1925 in die Anstalt eingeliefert, bei welcher Gelegenheit eine progressive Paralyse diagnostiziert wurde. Patient, dessen heriditärer Befund keinen Anhaltspunkt bot, führte sich bis zu seinem 18. Lebensjahr zur Zufriedenheit seiner Umgebung auf. Dann begann, scheinbar unter dem Einfluss schlechter Gesellschaft, eine liederliche Periode für ihn. Er beging zwischen 1907 und 1923 einige grössere Unterschlagungen. Im Zeitpunkt der letzten Unterschlagung bestand wahrscheinlich schon der paralytische Prozess. Als akzidenteller Faktor für die Kriminalität des Patienten dürfte auch ein gewisser Alkoholmissbrauch zu nennen sein. Den Hauptanteil aber dürfte die Willensschwäche verbunden mit dem fragwürdigen Umgang haben. Bemerkenswert ist ausserdem, dass die Vorgesetzten nur die Liederlichkeit des Patienten, nicht aber seine Arbeit beanstandeten.

In den beiden folgenden Fällen haben wir als interessantes Faktum zu verzeichnen, dass die Patienten sowohl im prämorbiden als auch im behandelten Stadium kriminell wurden, **nicht aber im Initialstadium der progressiven Paralyse.**

Im **Fall 8** haben wir es mit einem Patienten zu tun, dessen Vorstrafenverzeichnis ununterbrochen von 1917 bis 1927 (drei Jahre vor dem ersten Eintritt in die «Friedmatt») geht. Unter den Delikten figurieren am häufigsten Diebstahl und Skandal, ferner Hehlerei, Zuhälterei und Ungehorsam. Von Haus aus lag hier eine Psychopathie, verbunden mit Alhoholmissbrauch vor. Der Vater des Patienten war Trinker. Eigentümlicherw ise bricht 3 Jahre vor Feststellung der Paralyse die Vorstrafenkette ab. Patient wurde während

eines Tobsuchtsanfalles, wahrscheinlich durch Alkoholmissbrauch ausgelöst, in die Anstalt eingeliefert. Nach der Fieberkur wurde er als gebessert entlassen. Bis zu seinem zweiten Eintritt im Jahre 1935 beging er wieder eine Reihe von Delikten wie Skandal und ähnliche Vergehen. Ausserdem wurde er in Deutschland wegen Devisenschmuggels abgeurteilt. Bei der neuerlichen Beobachtung wurde Halluzinose bei einem Paralytiker, der chronischer Alkoholiker und zudem konstitutionell sehr haltlos ist, festgestellt. Patient befindet sich bis heute in einer Anstalt, wo er wegen seiner Halluzinationen zu den gefährlichsten Patienten gezählt werden muss.

In angeführtem Fall ist die paralysefremde Astiologie der Kriminalität ganz einwandfrei festgestellt. Die beginnende Paralyse scheint im Gegenteil hier eine hemmende Funktion in ihrem Anfangsstadium ausgeübt zu haben. Diese Auswirkung des schleichend sich entwickelnden paralytischen Prozesses findet man bei nicht seltenen Patienten, die nach einem triebhaften und haltlosen Leben solid, sesshaft und lenksam werden — offenbar infolge des Mangels an Initiative und der Einbusse an Vitalität, die in der vorparalytischen Phase beobachtet werden können.

Aehnlich ist die Lage in folgendem **Fall 9.** Dieser Patient zeigt wieder ganz deutlich die paralysefremde Wurzel seiner Kriminalität, welche auch hier konstitutionell bedingt ist. Die prämorbide Persönlichkeit ist durch Arbeitsscheu, Diebstahl und sexuelle Enthemmung gekennzeichnet. Patient wurde 3 Jahre vor Eintritt in die Anstalt wegen Vornahme unzüchtiger Handlungen an einem Kinde verurteilt. Alkoholismus trat in diesem Fall weniger in Erscheinung, besonders seit dem vermutlichen Beginn der Taboparalyse. **Vom Jahre 1928 bis 1930, dem Jahr der Einweisung, konnten keine Delikte nachgewiesen werden.**

Der Patient wurde nach Durchführung der Therapie entlassen und entwickelte sich durch seine Querulanz, Arbeitsscheu und Unflätigkeit zu einem die Allgemeinheit äusserst belastenden Individuum. «Er ist seit langem arbeitslos, zieht von einem Zimmer in das andere, ohne zu bezahlen.

Einer weiteren Behandlung gegenüber verhält er sich äusserst negativistisch, was wahrscheinlich auf seine grosse Demenz zurückzuführen ist.» (Fürsorgebericht).

Noch deutlicher als in den beiden oben erwähnten Fällen tritt die progressive Paralyse als hemmender Faktor der Kriminalität in den folgenden Fällen in Erscheinung. Hier handelt es sich um **Patienten mit krimineller Vergangenheit, die weder im Anfangsstadium der Paralyse noch nach der Behandlung delinquierten.**

Im **Fall 10** wurde der Patient im Jahre 1929 aus einer elsässischen Anstalt überwiesen, wo er im Jahre 1928 schon eine Malariakur durchgemacht hatte. Patient weist schon von frühester Jugend an kriminelle Züge auf, verbunden mit besonders grosser Brutalität. Aus ehrenhafter Familie stammend, wurde er von der Realschule wegen faulen und frechen Betragens verwiesen. In der Lehre war er arbeitsscheu, lügenhaft und betrügerisch. Er kam dann in eine Zwangserziehungsanstalt. Nachher begann ein abenteuerliches Leben für ihn, in dessen Verlaufe er auch in der Fremdenlegion war. Wieder in Basel, verbrachte er sein Leben abwechselnd im Gefängnis und in der Zwangsversorgung. Er war arbeitsscheu, kam für den Lebensunterhalt seiner Familie nicht auf und wurde wegen Liederlichkeit, Skandal, Unterschlagungen und Heiratsschwindel abgeurteilt. Dann ging Patient im Jahre 1920 nach Frankreich, wo er auch übel beleumundet war. Delikte im Anfangsstadium der progressiven Paralyse konnten nicht nachgewiesen werden. Wir haben es hier mit einem von Haus aus brutalen, haltlosen, arbeitsscheuen und kriminellen Psychopathen zu tun, der ausserdem noch Alkoholiker war. Interessant ist bei diesem Fall der Einfluss der Therapie. Der Patient musste zwar bis heute interniert bleiben, ist aber sozial gebessert. Er ist nicht mehr agressiv und arbeitet regelmässig auf dem Feld. Es besteht eine stumpfe Demenz; hie und da geht er mit furchterregenden Gebärden herum.

Wir haben es hier mit einem Defektparalytiker zu tun, dessen kriminelle Anlagen nicht mehr festzustellen sind. In diesem Fall hat die Paralyse in einer der kriminellen Anlage entgegenwirkenden Weise das Charakterbild beeinflusst.

Im **Fall 11** handelt es sich um ein im Jahre 1929 von der Polizei überwiesenes Individuum. Patient war wegen Vagabondage aufgegriffen worden. Im Jahre 1927 unterschlug er als Ausläufer Fr. 360.—. Es bestand eine dement-euphorische Form der progressiven Paralyse. Ausserdem war Patient chronischer Alkoholiker. Wegen Ueberweisung nach Deutschland wurde von der Einleitung der Therapie abgesehen. In Deutschland entwickelte sich beim Patienten eine depressive Form der Paralyse mit Neigung zu paranoiden Ideen. Er ist dann später gestorben.

Ein Zusammenhang der Unterschlagung im Jahre 1929 mit der beginnenden progressiven Paralyse ist fraglich. Viel wahrscheinlicher hat er unter dem enthemmenden Einfluss des chronischen Alkoholismus delinquiert. Interessant ist ferner die Tatsache, dass Patient mit dem fortschreitenden paralytischen Prozess keine kriminellen Neigungen entwickelte. Die Annahme, dass auch im vorliegenden Fall die Paralyse den kriminellen Triebhandlungen des Alkoholikers entgegenwirkt hat, ist nicht von der Hand zu weisen.

Anders gelagert ist der **Fall 12.** Es handelt sich um eine Prostituierte, die angeblich vor Ausbruch der progressiven Paralyse (expansive Form) frigid war. Im paralytischen Stadium entwickelte sich nun eine starke sexuelle Enthemmung mit Exhibitionismus. Patientin war übrigens die einzige dieser Fälle, bei der eine soziale Heilung gelang. Sie ist verheiratet, solid wie während ihres ganzen Lebens nicht und besorgt den Haushalt gut. Auch des Alkoholmissbrauchs, dem sie vorher oblag, konnte sie sich enthalten.

Im letzten der anzuführenden Fälle **(13)** ist die progressive Paralyse nur ein Nebenbefund. Wir haben es mit einem Hysteriker zu tun, der ausserdem noch schwerer Alkoholiker war und auf dieser Basis auch starke kriminelle Neigungen entwickelte. Schmuggel, Unterschlagung und Skandale figurieren auf seinem Vorstrafenverzeichnis. Eine 1918 hinzugetretene Gasvergiftung verstärkte noch den hysterischen Accent dieses Charakters. 1928 wurde eine progressive Paralyse diagnostiziert und Patient konnte nach durchgeführter Therapie als arbeitsfähig entlassen werden. Da er aber eine starke soziale Belastung für den Kanton

bildete, wurde er nach Deutschland ausgewiesen. Er hat aber die Erlaubnis, jeweils am Wochenende seine in Basel lebende Familie zu besuchen. Er ist seit Jahren arbeitslos, wurde aber, abgesehen von seinen hysterischen Erregungszuständen, nicht wieder kriminel.

Der wichtigste Befund, der bei der Analyse der angeführten Krankengeschichten erhoben werden konnte, ist der, dass in keinem einzigen Fall die oben erwähnten Bedingungen erfüllt sind, welche die Beurteilung eines Deliktes als lediglich durch die Paralyse bedingt, gestatten. **In allen Fällen konnten nicht nur einer, sondern mehrere paralysefremde Faktoren festgestellt werden, die zur Kriminalität führten.** In 10 von 13 Fällen wurde **Alkoholismus** beobachtet. Der Zusammenhang zwischen Kriminalität und Alkohol wird von den meisten Psychiatern bejaht, obwohl auch hier Zweifel aufgetaucht sind. So schreibt F. Meggendorfer im Handbuch von Bumke: «Der Alkohol ist zweifellos eine Quelle des Verbrechens, der Verkommenheit und der Landstreicherei. Namentlich bei Affektvergehen und Verbrechen wie Körperverletzung, Wiederstand gegen die Staatsgewalt, Hausfriedensbruch, Beleidigung und Sachbeschädigung ist der Alkoholeinfluss nach den statistischen Angaben von Lenz, Kurz und Scharffenberg über die Verteilung dieser Vergehen auf die Wochentage und Oertlichkeiten, an denen sie vorkamen, unverkennbar. Es soll auch der Einfluss des Alkohols bei anderen Verbrechen keineswegs vollkommen geleugnet werden; doch übertreiben die Statistiken, indem sie nicht genügend auseinanderhalten, wie weit der Alkohol die erste Ursache darstellt, und wie weit Neigung zu Alkohol und zu Verbrechen aus der gleichen psychopathischen Wurzel oder aus gleichem Umweltseinfluss hervorgehen.»

An zweiter Stelle steht im Material der konstitutionelle Faktor, eine **psychopathische Anlage, die das Delinquieren begünstigt.** Diese konnte in 9 von 13 Fällen anamnestisch eruiert werden und zwar grade auch in den Fällen, wo wir den chronischen Alkoholismus für die Verbrechen mitverantwortlich machen müssen. Hereditäre Belastung mit kriminellen Elementen konnte allerdings nur in einem Fall sicher nachgewiesen werden. Die entsprechenden Erblichkeitsuntersuchungen genügen aber unsern Ansprüchen nicht. Dazu kommt, dass wir es in keinem

der Fälle mit schweren Verbrechen zu tun haben. Stumpfl wies an 27 gleichgeschlechtlichen Zwillingspaaren und den nochmals geprüften Zwillingspaaren Langes (im ganzen 30 eineiige und 36 zweieiige Zwillinge) nach, dass bei ausgesprochen schwer kriminellen eineiigen Zwillingen eine Konkordanz von nahezu 100 %, bei zweieiigen schwerkriminellen Zwillingen eine Konkordanz von nur 50 % besteht. Bei letzteren ist die Konkordanz zudem bei weitem keine so vollkommene, wie bei den eineiigen. Die Schwerkriminalität muss danach in ungleich stärkerem Masse auf ererbte Anomalien zurückgeführt werden als die Leichtkriminalität. Aus diesen Tatsachen erhellt, wie schwer es ist, in jedem einzelnen Fall die jeweiligen kriminellen Wurzeln freizulegen. Was nun den **Zusammenhang zwischen Paralyse und Kriminalität** betrifft, so ist dieser in den vorliegenden Fällen noch schwieriger zu beurteilen. Von vornherein können wir auch den losesten Zusammenhang zwischen beiden Faktoren in den letzten 6 angeführten Fällen ausschliessen. Denn hier ist die wichtigste Bedingung dafür, nämlich die zeitliche Uebereinstimmung, nicht erfüllt. Aber auch in jenen Fällen, wo diese zeitliche Uebereinstimmung bestand, mussten Vorbehalte verschiedenster Natur gemacht werden, vor allem das prämorbide kriminelle Charakterbild, welches auch in den paralytischen Delikten zum Ausdruck kam. Anders steht es mit den letzten 6 Fällen. Hier haben wir es mit einer **Abschwächung der kriminellen Tendenz der Patienten im Initialstadium und nach der Behandlung der Paralyse** zu tun.

Zusammenfassend bin ich auf Grund des Studiums der Literatur und des Materials der «Friedmatt» zu der Feststellung gelangt, dass **die progressive Paralyse keinen Faktor für die Entstehung krimineller Handlungen,** (abgesehen von den leichten Verstössen gegen die Polizeiordnung), **sondern bloss, in seltenen Fällen, einen solchen auslösenden Moment darstellt.**

Die forensische Seite dieses Problems wurde wegen der Seltenheit der kriminellen Paralytiker bis zur Einführung der Malariatherapie fast überhaupt nicht in der Literatur behandelt. Bis dahin wurde in solchen Fällen dem Delinquenten die Zurechnungsfähigkeit aberkannt. Erst durch die Erfolge der Fiebertherapie gewann diese Frage eine gewisse theoretische und

praktische Bedeutung. Das Problem war nämlich, ob der durch die Kur als geheilt geltende Paralytiker im Falle einer strafbaren Handlung verantwortlich gemacht werden könne. In dieser Frage nehmen die verschiedenen Autoren die verschiedensten Standpunkte ein. Zu einer prinzipiellen Lösung konnten sie schon deshalb nicht gelangen, weil die Straffälligkeit als solche und ihr Zusammenhang mit der Paralyse sie nicht interessierte. Die Autoren, welche von der defektlosen Heilbarkeit der Paralyse überzeugt sind, mussten konsequenterweise dafür eintreten, dass Delikte, welche von diesen «Geheilten» begangen werden, ihnen voll zugerechnet werden müssen. Zu diesen Autoren gehören Alexander, Nyssen, Beringer, Gross u. Straeussler und mit besonderer Energie Salinger, Royas und Schütz. Sie taten es teilweise, wie Schneider schreibt, in dem Bestreben die Zurechnungsfähigkeit gewissermassen als letzten Schmuck für den Erfolg der Therapie zu buchen. Anderer Autoren wie Schneider, Goria, Kihn und Bostroem traten für grundsätzliche Anwendung des Unzurechnungsfähigkeitsparagraphen ein, mit der Begründung, dass eine organische Heilung der Paralyse überhaupt nicht möglich ist, sondern dass nur vom Stillstand des krankhaften Prozesses die Rede sein kann. Vielleicht erweist sich auf Grund der hier dargestellten Befunde eine neuerliche Aufrollung dieses Problems als notwendig. Diese Feststellungen würden, wenn sie an einem anderen, grösseren Paralytikermaterial sich bestätigen sollten, zum mindesten dazu führen, straferstehungsfähige, also mit oder ohne wesentliche Defekte geheilte Paralytiker **nicht** von vornherein als völlig zurechnungsunfähig zu beurteilen.

Ich möchte an dieser Stelle noch Herrn Prof. Dr. J. E. STAEHELIN meinen Dank für die Ueberlassung des Themas und die Durchsicht der Arbeit ausdrücken.

Literatur-Verzeichnis.

Alexander u. Nyssen: J. de Neur. Bd. 29, S. 1638.

Beringer: Nervenarzt Jahrg. 1928, S. 120.

Bostrœm: Bumkes Handbuch, Bd. 8, S. 197.

Bleuler E.: Lehrbuch d. Psychiatrie.

Goria: Zbl. Neur. Bd. 49, S. 82.

Gross u. Sträussler: Z. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 111 S. 485.

Hoche: Handb. d. forens Psych. 3. Aufl. 1934.
Nervenarzt, Bd. 3, S. 217.

Jossmann: Allg. Z. Psych. Bd. 25, S. 231.

Kihn: Behandl. d. IV Lues, München 1927.

Meggendorfer: Bumkes Handb. Bd. VII S. 169.

Royas: Zbl. Neur. Jg. 1930, S. 368.

Stumpfl: Erbanlage und Verbrechen, Berlin Jul. Springer 1935.

Vermeylen u. Vervack: Ann. Méd. lég. Jg. 1935, S. 1530.